

# 訪問看護における退院カンファレンス前後の退院支援の実働と整合性に関する 検討

須永恭子<sup>1)</sup> 西井和実<sup>2)</sup> 高橋政子<sup>3)</sup> 大江 浩<sup>4)</sup>

key word: 退院支援, 訪問看護, 報酬

- 1) 富山大学大学院医学薬学研究部地域看護学
- 2) 公益社団法人富山県看護協会訪問看護ステーションひよどり富山
- 3) 公益社団法人富山県看護協会訪問看護ネットワークセンター
- 4) 富山県砺波厚生センター

## I. 目的

在院日数の短縮化により、病院は在宅ケアの専門職者と連携し、早期から退院支援を行うことが求められている<sup>1), 2)</sup>。医療依存度の高い患者、慢性疾患の患者の増加から訪問看護のニーズは高まっており、宇都宮は「主として退院後にかかわる訪問看護もまた退院準備の段階からかかわることが重要である」、「訪問看護と院内看護師の協力と早期介入が必要」と述べている<sup>3)</sup>。

この役割が評価され、平成 24 年度介護報酬改定で退院時共同指導加算が認められた<sup>4)</sup>。訪問看護は小規模経営が多く、加算は収益増に必要である。しかし、実際に退院支援を行った場合、時間と手間がかかるため、実収益は少ないのが現状である<sup>5), 6)</sup>。また、退院支援は退院前から退院後まで継続して行われているが<sup>3)</sup>、この加算では一部しか認められていない。

これまでの研究で、訪問看護における退院支援の実施内容と所要時間を調査した報告がある<sup>5)</sup>。しかし、退院前から退院後まで続く退院支援を段階を追って詳細に調査した報告はない。報酬という評価を得るには、実働を具体的に示し、その必要性を訴えることが求められる。これは訪問看護の利益だけでなく、退院支援の質の担保にもつながる。

以上より、退院支援を目的に訪問看護師が実施していることと所要時間を支援の段階ごとに明らかにすることが必要と考えた。そして、本研究では、退院カンファレンス前後に焦点をあて、その内容を明らかにすることを目的とした。

## Ⅱ. 研究の方法

### 1. 調査対象

退院支援は、在院日数短縮化により、訪問看護においても必要性和重要性が増している。一方、在院日数は、地域の医療機関の数や在宅医療・看護の受け入れ体制に影響を受けるため、特定の地域から対象の訪問看護ステーションを選んだ場合、その地域に特徴的な退院支援の内容や活動量を反映した結果になると考えられる。そこで、退院支援の内容や量の違い、特定の地域性の影響を調整できるように在院日数が長い県、中間（平均日数と同値又は近似）の県、短い県各々に所在の訪問看護ステーションを抽出することとした。抽出方法は以下の通りである。まず、都道府県別平均在院日数<sup>7)</sup>を参考に、日数が多い県を順に6県、少ない県を順に6県、全国平均と同値又近似の県から3県を選択した。多い順6県に所在のステーションを400か所、同じく少ない順6県から400か所、同値又近似の3県から200か所を無作為抽出し、合計1,000か所のステーションを抽出した（ステーション一覧は全国訪問看護事業協会HP掲載ステーションを利用）。

調査対象は、抽出したステーション所属の訪問看護師で退院支援の経験がある者1名とした。回答者は181名（有効回答率18.1%）で、調査期間は2011年3～4月とした。

### 2. 調査方法

無記名の自記式アンケート調査（選択式、自由記述）で行った。郵送で依頼文とアンケート用紙、返信用封筒を送付し、郵送により回収した。

### 3. アンケート項目

本研究の調査にあたり、訪問看護ステーションの管理者と管理者経験者の2名に退院支援を目的にケアや情報提供等を行うタイミングはいつか、そこで具体的に何を行うのかを聞いた。その結果、退院支援には4段階《退院カンファレンス前後》《初回訪問前》《初回訪問後》《2回目訪問から月末》のタイミングがあることを把握した。次に、この4段階各々で行う支援内容を整理し、アンケートの項目として設定した。ただし、今回は、《退院カンファレンス前後》の退院支援について検討した。退院カンファレンス前後は、退院後の生活を決める重要な時期である一方、自宅にはまだ戻っていない時期で、訪問看護

の関わりに対する評価（報酬）が分かりにくい段階と考えたためである。

アンケート項目は、以下の通りである。なお、2) 3) については対象が退院支援を行った 1 事例を挙げて回答するように依頼した。

1) 対象が所属するステーションの設置主体、対象の年代

2) 事例が利用していた保険の種類、退院支援に関わる加算（表 2）

※退院時共同指導加算以外で、在宅療養移行を目的に利用した加算も含む

3) 退院カンファレンス前後で退院支援を目的に実施したこと、その所要時間（表 3）

4) 退院カンファレンス前後における退院支援と報酬に関する意見

以上の回答方法は、1)から 3)は事前に項目立てた内容からの選択式とし、4)は自由記述で聞いた。

#### 4. 分析方法

訪問看護師が実施したものと所要時間について単純集計をした。実施したことは複数回答で、所要時間は実施したこと全てにかかった時間の合計（実施時間の合計）とした。自由記述は、共通する内容が含まれているものをまとめ、見出しを付けた。記述内容は、意味を変えない範囲で言葉を削除又は補足した。

### Ⅲ. 倫理的配慮

調査協力は自由意思に基づくもので、回答の返送をもって同意を得ること、参加拒否や同意撤回により不利益を受けないこと、アンケート回答は本研究以外には使用しないことを依頼文に記載した。調査で得た情報は紛失や漏えいがないよう研究者が管理し、個人や場所を特定する記述は削除した。得られた情報をデータ化する際のナンバリングは機械的に行った。個人情報の漏洩が起こらないよう個人情報の電子ファイルはネットワークに接続しない専用のコンピューターにて分析・保存し、パスワードによるアクセス制御を行った。アンケート回答は、鍵付き保管庫で保管した。なお、本研究は富山大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号:23-107）。

## IV. 結果

### 1. 対象者の属性

対象は 40 代以上が 154 名（85.5%）で、医療機関内の退院支援専門部署の経験有は 4 名（2.2%）であった。所属ステーションの設置主体で多かったのは医療法人で 72 名（40.2%）であった（表 1）。

### 2. 利用者の状況

利用していた保険は、医療保険 90 名（51.7%）、介護保険 81 名（46.6%）、両方 3 名（1.7%）であった。加算の利用状況は、退院時共同指導加算は医療保険で 68 名（37.6%）、介護保険で 57 名（28.7%）であった（表 2）。

### 3. 実施内容と時間

退院カンファレンス前に実施したことのうち、カンファレンス準備（情報収集、連絡、相談等）が 131 名（72.4%）であった。カンファレンス準備は、2 名の管理者から把握した内容を参考に設定した。情報収集は、病院、ケアマネジャー、患者の自宅等に電話又は訪問し、退院後の生活に必要なこと、不足していること、家族の思いを聞く等が該当する。連絡、相談は、入院先の医師や看護師、退院支援部門看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、かかりつけ医等、退院後の支援に関わる専門職者への情報伝達・報告や相談が該当する。

カンファレンスの所要時間は 30-60 分が 92 名（56.4%）、60 分以上が 63 名（38.7%）であった。退院カンファレンス後については、訪問の再調整が 172 名（95.0%）、所用時間は 30 分以下が 103 名（60.9%）であった。また、ケアマネジャーに相談又は相談を受けるが 147 名（81.2%）で最も多く、所用時間は 30 分以下が 68 名（42.0%）であった（表 3）。

### 4. 退院支援に関する意見

対象の自由記述の内容を『』で示した。『病棟で担当看護師やMSWと相談する業務やサービス調整の段取りをする時間も含めて、コストがとれるとよい』とあり、再調整やカンファレンス準備に時間と手間がかかっていることが分かった。また、『訪問看護導入についての相談、カンファレンス、自宅訪問、退院に向けての様々な相談への対応を行うが、退院が延期したり、本人が死去することもあり実績（報酬）がないこともある』といった不満も見られた（表 4）。

## V. 考察

介護保険による訪問看護の報酬（指定訪問看護ステーション）は 30 分以上 1 時間未満 830 単位、1 時間以上 1 時間半未満 1138 単位である<sup>8)</sup>。退院時共同指導加算は 600 単位で、カンファレンスが 30 分以上の場合、訪問業務を行った時より減収となる。今回の所要時間は実施したことの合計時間で、参考としてになるが、収益で見るとマイナスであった。

退院支援で最も分かりやすい退院時共同指導加算を付けていたのは約 4 割のみであった。この理由として、加算要件（例：退院後初回の訪問看護を行った月の同一月若しくは前月に退院時共同指導を実施した場合に算定できる）が合っていない、自由記述にあった死亡、退院延期、加算の取れないカンファレンス等が考えられた。やむを得ない事情で加算が取れない場合もあるが、多くのステーションで生じている状況であるならば、報酬の要件の見直しが求められる。

退院カンファレンス前では、カンファレンス準備（情報収集、連絡、相談等）を 7 割の訪問看護師が行っていた。家族の介護力や家屋の構造等をカンファレンス当日に聞いていれば、サービス利用申請や物品準備が退院までに間に合わない。退院支援は早期介入がスムーズな在宅移行へとつながるため<sup>3)</sup>、この準備は必要不可欠であるが、これらは、退院支援の報酬要件や他の加算には含まれていない。

退院カンファレンス後では、「訪問の再調整」や「支援の再調整」が行われていた。これは利用者宅以外での業務で 8 割の訪問看護師が行っていた。退院カンファレンスで本人や家族、病院看護師、主治医やケアマネージャー等から話を聞いて初めて知ることもあり、再調整が必要となる。訪問看護は、医療だけでなく生活支援者の点から情報収集、アセスメントをする。医療と介護の両方の視点を持ち、家族からの情報把握が可能で、他職種との連携調整の役割を有する訪問看護師は<sup>9)</sup>、再調整のために電話もしくは直接出向いて相談するといった実働が多くなる。退院後の生活が継続できるかを左右し、訪問看護の特徴や能力を活かした活動であるが、これも報酬要件や他の加算には含まれていない。

また、自由記述の結果で、退院支援が収益につながらない、点数として認めてほしい、加算の点数自体が低い等があった。在宅療養生活を支えるのは、訪問看護だけではないが、医療依存度の高い利用者や看取りが増え、訪問看護のニーズと役割が増える中、これまでの報酬又は加算要件のままでは、経営を圧迫すると推察される。訪問看護組織団体が平成 24 年度介護報酬改正への要望として「病院等から円滑に退院して安全に安心して在宅療養生活が進められる支援を評価すること」を重点事項にあげていた<sup>10)</sup>。ケアの効率化やコストベネフィットを考える必要はあるが、退院支援の実働と報酬は整合していないことが示された。

次に、この状況が生じた理由として、実働の内容が訪問看護の役割の範囲か、他職種の役割の一部を担っているのか、担当する者がおらず行っているのかの区分が明確でないことが考えられた。多職種が関わる場合、「ターミナルになるとケアマネージャーは、訪問看護師にお任せとなりやすい<sup>6)</sup>」、「病院の在宅療養の説明、指導不足<sup>11)</sup>」といった役割認識のずれが生じる。専門性による役割の明確な区分は、難しい一面があるが、退院支援は、患者や家族、利用する社会資源の状況で変わるため、その都度、支援に関わる専門職者（例として、入院先の病院の医師や看護師、訪問看護師、かかりつけ医、ケアマネージャー、保健師、地域包括支援センター等）が各々の役割を互いに確認することが必要である。また、各専門職が支援の目的と役割を明確にすることは、患者と家族が過不足なく退院後の生活の準備ができ、退院後の生活の困難や負担の減少にもつながる。訪問看護の役割を他職種との役割分担と連携の点から考え、訪問看護の報酬として評価可能な内容であるかを検討することが求められる。

本研究では、退院カンファレンス前後を検討した。他の 3 つの段階についても、訪問看護の役割、他職種との役割分担について分析し、訪問看護の実働と報酬の整合性を検討したいと考える。

本研究の限界として、回収率が低く訪問看護における退院支援の全般の傾向を示す内容には至らなかった。この理由として、退院支援の 4 段階すべてを行った事例を挙げて回答するよう依頼したこと、4 段階を設定したことでアンケートの量が増え、手間を要する調査になっていたことが考えられた。退院支援は、事例と家族の状況で様々な内容になりやすく、量的調査は簡単ではないが、

数値で示すことで訪問看護の報酬に関する評価ができると考える。今後の課題として、実際の活動に沿った回答しやすいアンケートを作成する必要がある。

## VI. 結論

1. 退院カンファレンス前では、カンファレンス準備（情報収集、連絡、相談等）を約 7 割の訪問看護師が行い、退院カンファレンス後では再調整を約 8 割の訪問看護師が行っていたが、これらは報酬要件やその他の加算に含まれていない活動であった。
2. 退院支援における訪問看護の役割を他職種との役割分担と連携の点から考え、現在行っている支援が訪問看護の報酬として評価可能な内容であるかを検討することが求められる。

## 謝辞

本研究にご協力をいただきました訪問看護師の皆様に深く感謝いたします。本研究は、科学研究費補助金若手(B)平成 23-24 年「退院支援における訪問看護師の稼働量のコスト換算と報酬，利益との整合性に関する研究（2379269）」の助成を受けて行った。

## 引用文献

- 1) 藤澤まこと：医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究（第 1 部）－医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化－，岐阜県立看護大学紀要，12(1)，p. 57-65，2012.
- 2) 厚生労働省(2011 年)，退院支援（医療介護連携），2014 年 10 月 20 日閲覧，  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000011ga6-att/2r98520000011gkm.pdf>.
- 3) 宇都宮宏子，山田雅子：看護がつながる在宅療養移行支援，日本看護協会出版界，p. 20，2014.
- 4) 厚生労働省（2012 年），平成 24 年度介護報酬改定の概要 社保審－介護給付費分科会 88 回 資料 1-2，2014 年 10 月 20 日閲覧，  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002113p-att/2r98520000021163.pdf>

f.

5) 桑原雄樹, 永田智子, 田口敦子, 村嶋幸代: 訪問看護ステーションが利用者の退院前後に行う業務の実態, 日本医療・病院管理学会誌, 47(2), p. 93-101, 2010.

6) 須永恭子, 田村須賀子: 訪問看護師が捉える看取りの課題とその背景に関する検討ホスピスケアと在宅ケアホスピスケアと在宅ケア, 22(1), p. 21-30, 2014.

7) 厚生労働省 (2008 年), 平成 20 年医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況, 2014 年 10 月 20 日閲覧,

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iriyosd/08/index.html>

8) 厚生労働省 (2014 年), 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (平成十二年厚生省告示第十九号) (抄), 2014 年 10 月 20 日閲覧,

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/dl/b01.pdf>

9) 石垣和子, 上野まり: 在宅看護論 南江堂, p. 73-75, 2013.

10) 日本訪問看護振興財団 (2011 年), 平成 24 年度介護報酬改定 (要望), 2014 年 10 月 20 日閲覧. <http://www.jvnf.or.jp/newinfo/youbou0526.pdf>.

11) 沖佐々木直恵, 中島亜友美, 後藤ヨシエ, 寺谷愉利子: 退院支援の阻害要因分析― 訪問看護師・病棟看護師・外来看護師への調査から―, 第 44 回日本看護学会論文集 (地域看護), p. 89-92, 2014.



表1 対象者の状況

N=181

	n	(%)
<b>所属ステーションの設置主体</b>		
地方公共団体	5	2.8
公的・社会保険関係団体	1	0.6
医療法人	72	40.2
社会福祉法人	14	7.8
医師会	16	8.9
看護協会	4	2.2
財団・社団法人	12	6.7
協同組合	8	4.5
営利法人	35	19.6
NPO法人	0	0.0
その他	12	6.7
<b>対象の年代</b>		
20代	1	0.6
30代	25	13.9
40代	80	44.4
50代以上	74	41.1
<b>医療機関の退院支援部署の看護師経験あり</b>		
	4	2.2

表2 加算の状況

	加算の内容	n	(%)	加算の内容	n	(%)
医療保険	退院時共同指導加算	68	37.6	特別地域訪問看護加算	0	0.0
	緊急訪問看護加算	30	16.6	特別管理指導加算	24	13.3
	長時間訪問看護加算	6	3.3	退院支援指導加算	28	15.5
	複数名訪問看護加算	9	5.0	在宅患者連携指導加算	3	1.7
	夜間・早朝訪問看護加算	10	5.5	在宅患者緊急時等カンファレンス加算	3	1.7
	深夜訪問看護加算	6	3.3	特別管理加算	48	26.5
	24時間対応体制加算	66	36.5	訪問看護情報提供療養費	37	20.4
	24時間連絡体制加算	6	3.3	訪問看護ターミナルケア療養費	12	6.6
介護保険	退院時共同指導加算	52	28.7	サービス提供体制強化加算	37	20.4
	早朝・夜間加算	2	1.1	緊急時訪問看護加算	53	29.3
	深夜加算	0	0.0	特別管理加算(Ⅰ)	26	14.4
	複数名訪問加算	1	0.6	特別管理加算(Ⅱ)	15	8.3
	長時間訪問看護加算	2	1.1	初回加算	30	16.6
	特別地域訪問看護加算	2	1.1	看護・介護職員連携強化加算	0	0.0
	中山間地域等にある小規模事業所の加算	0	0.0	ターミナルケア加算	5	2.8
	中山間地域等への訪問看護提供加算	0	0.0			

※%は、事例が利用していた加算の割合。複数の加算を併用する場合もある。

※退院支援を目的に利用した加算であれば、退院時共同加算、退院支援指導加算以外も回答に含めた。

表3 退院支援で実施した事と所要時間《退院カンファレンス前後》

	実施内容	n	(%)	所要時間	n	(%)
退 院 カン ファ レン ス 前	1.カンファレンス前に行ったこと					
	1)カンファレンス準備(情報収集、連絡、相談等)	131	72.4	30分以下	116	73.9
	2)日程の調整	154	85.1	30-60分	34	21.7
	3)その他	15	8.3	60分以上	7	4.5
	2.カンファレンス参加(開催場所)			※カンファレンスの所要時間		
	1)病院	167	92.3	30分以下	8	4.9
退 院 カン ファ レン ス 後	2)自宅	15	8.3	30-60分	92	56.4
	3)その他	2	1.1	60分以上	63	38.7
	1.退院時共同指導説明書の作成					
	1)カンファレンスの内容を記録	156	86.7	30分以下	115	70.6
				30-60分	42	25.8
				60分以上	6	3.7
	2.訪問の再調整					
	1)訪問内容、回数等の再調整	172	95.0	30分以下	103	60.9
	2)その他	9	7.2	30-60分	67	33.7
				60分以上	9	5.4
	3.支援の再調整					
	1)他サービス事業所に相談又は相談を受ける	75	41.4	30分以下	68	42.0
	2)ケアマネージャーに相談又は相談を受ける	147	81.2	30-60分	66	40.7
	3)主治医に相談又は相談を受ける	88	48.6	60分以上	28	17.3
	4)本人・家族に相談又は相談を受ける	118	65.2			
	5)医療機関(入院先含む)に相談又は相談を受ける	77	45.2			
	6)その他	9	5.0			

※実施内容は、複数回答とした。所要時間は回答した全実施内容の合計時間である。

表4 退院支援の報酬に関する意見《退院カンファレンス前後》

見出し(意見の内容)	記述内容
加算対象外のカンファレンス参加に対する評価が必要	利用者へのサービス向上や連携事業者との関係構築に有効と考え、加算対象外のカンファレンスに出席している。しかし、無報酬のため、訪問に出ている方が収益的には良いと考える。
カンファレンスに伴う連絡調整に対する評価が必要	<p>退院前は、カンファレンスに参加しない又はカンファレンスが開催されない場合でも電話でのやりとりが多く、かなり時間をさかれている。電話のやりとりは記録に残すため、それに要した時間に加算を付けてほしい。</p> <p>初回訪問や退院時カンファレンスが実施されなかった場合でも、依頼の相談(電話又は直接面談)とその調整に費やした時間を保障して欲しい。依頼の最初の相談こそが最も大事な始まりの一步である。</p> <p>病棟で担当看護師やMSWと相談する時間、サービス調整の段取りをする時間は退院支援に必要なだが、無報酬である。</p> <p>ケアマネージャーや主治医とは、カンファレンス以外で連絡調整に時間を要するが、無報酬である。</p>
効率のいいカンファレンスが必要	病院側の退院調整の意識改革と効率的なカンファレンス設定がなければ、加算のとれないカンファへの出席が減らない。
人的な負担へのフォローが必要	<p>急なオンコール対応が入り、カンファレンスに参加するスタッフの調整が難しい時がある。オンコール対応、カンファレンス参加、そしてそれを補うスタッフが必要となり、負担である。</p> <p>遠い病院まで行って、カンファレンスに参加すると、移動の時間、カンファレンス時間など、半日は時間がとられる。結果、人件費が高くなってしまい、加算でもらえる金額では、赤字になる。</p>
退院支援自体の評価の見直しが必要	<p>退院支援(カンファレンスや他職種への連絡や調整)をしても退院できない場合があり、その時は報酬がつかない。何らかの形で点数化されると良い。</p> <p>訪問看護導入についての相談、カンファレンス、自宅訪問、退院に向けての様々な相談への対応を行うが、退院が延期したり、本人が死去した場合は、報酬がつかない。</p>

※記述内容は、意味を変えない範囲で言葉を削除又は補足した。